

## **Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu**

1)

**z dnia 18 marca 2021 r. (Dz.U. z 2021 r. poz. 644)**

2)

Na podstawie art. 42k ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.<sup>3)</sup>) zarządza się, co następuje:

### **§ 1 Rozporządzenie określa:**

1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o:

a) wydanie zgody przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem Funduszu”, na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”,

b) wydanie zgody przez Prezesa Funduszu na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE lub EFTA”, świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń,

c) skierowanie przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych - w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a także wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń;

2) wzory wniosków, o których mowa w pkt 1;

3) tryb składania i rozpatrywania wniosku o wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju oraz wzór tego wniosku;

4) tryb pokrywania kosztów leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a uzyskanych w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub w innym państwie niż państwo członkowskie UE lub EFTA;

5) tryb pokrywania kosztów transportu osoby, której dotyczy wniosek, do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju.

### **§ 2**

1. Wzór wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wypełnia odpowiednio część I.B, II i VI wniosku i przekazuje wniosek lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego posiadającemu specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, zwanemu dalej „lekarzem specjalistą”.

3. Lekarz specjalista wypełnia część III wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b.

4. W przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. b, lekarz specjalista, wypełniając część III wniosku, stwierdza, czy w danym przypadku zachodzi konieczność zastosowania określonego środka transportu w celu przewiezienia osoby, której dotyczy wniosek, do miejsca udzielenia świadczenia, oraz wskazuje ten środek, uzasadniając jego wybór.

5. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, przekazuje do Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI, wraz z dokumentacją medyczną w zakresie objętym tym wnioskiem.

### **§ 3**

1. Wzór wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

2. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wypełnia część I.B, II i VI wniosku i przekazuje wniosek lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego - specjalistę w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, posiadającemu tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora nauk medycznych albo doktora habilitowanego nauk medycznych.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, wypełnia część III wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c. Przepis § 2 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

4. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, przekazuje do Prezesa Funduszu wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI wraz z dokumentacją medyczną w zakresie objętym tym wnioskiem.

**§ 4** Prezes Funduszu niezwłocznie dokonuje weryfikacji wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wzywa się osobę, która złożyła wniosek, do ich usunięcia, w terminie nie krótszym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

### **§ 5**

1. Prezes Funduszu może, w części I.C. wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż dopuszczalny czas oczekiwania określony we wniosku, po dokonaniu niezbędnych uzgodnień z tym świadczeniodawcą.

2. W przypadku wskazania świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1, Prezes Funduszu wydaje decyzję w sprawie odmowy wydania wnioskodawcy zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA.

3. Przed wydaniem decyzji w sprawie wydania zgody, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, Fundusz dokonuje z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych uzgodnień dotyczących w szczególności wstępnych kosztów udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek. W przypadku gdy przedmiotem wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. b, jest także pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń, Fundusz ustala średnie szacunkowe koszty tego transportu.

4. Prezes Funduszu może przesłać wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, zwanego dalej „konsultantem wojewódzkim”, w celu zaopiniowania.
5. Prezes Funduszu przesyła wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem, do konsultanta wojewódzkiego, w przypadku gdy wnosi o to osoba składająca wniosek.
6. Konsultant wojewódzki przekazuje do Prezesa Funduszu, w terminie nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, ten wniosek zaopiniowany w części IV, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem.
7. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, termin, o którym mowa w ust. 6, może zostać jednorazowo przedłużony, na wniosek konsultanta wojewódzkiego złożony przed upływem tego terminu, o 5 dni roboczych od dnia złożenia wniosku.
8. W przypadku gdy konsultant wojewódzki nie jest właściwy do rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, przekazuje ten wniosek niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia jego otrzymania, do konsultanta wojewódzkiego właściwego do jego rozpatrzenia, informując o przekazaniu Prezesa Funduszu. Przekazanie nie wstrzymuje biegu terminów, o których mowa w ust. 6 i 7.
9. Prezes Funduszu, rozpatrując wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, może zasięgać opinii innych osób wykonujących zawód medyczny lub podmiotów leczniczych, posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych. Przepisy ust. 6 i 7 stosuje się odpowiednio.
10. Prezes Funduszu może wybrać inny niż wskazany we wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, działający w państwie członkowskim UE lub EFTA, jeżeli:
- 1) na podstawie dostępnej wiedzy i dotychczasowego doświadczenia stwierdzi, że podmiot ten gwarantuje lepszą jakość świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 2) koszt wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w przypadku jego udzielenia przez ten podmiot będzie znacznie niższy od kosztu udzielenia tego świadczenia przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, wskazany we wniosku;
  - 3) wskazany we wniosku zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może rozliczyć kosztów wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.
11. Przepisów ust. 3 i 10 nie stosuje się, jeżeli osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a, złożyła oświadczenie, o którym mowa w art. 42f ust. 5 pkt 2 ustawy.
12. Prezes Funduszu w terminie 5 dni roboczych od dnia odpowiednio:
- 1) otrzymania dokumentów, o których mowa w § 2 ust. 5, lub
  - 2) zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 3, lub
  - 3) otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 6, lub
  - 4) otrzymania opinii, o której mowa w ust. 9
- wydaje decyzję w sprawie wydania albo odmowy wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA.
13. W przypadku wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA Fundusz niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia jej wydania, wypełnia i poświadcza odpowiednie zaświadczenie, o którym mowa w przepisach o koordynacji, oraz przekazuje je osobie składającej wniosek.
- ## § 6
1. Prezes Funduszu niezwłocznie dokonuje weryfikacji wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wzywa się osobę, która złożyła wniosek, do ich usunięcia, w terminie nie krótszym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.
2. Przed wydaniem decyzji w sprawie skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych Fundusz dokonuje z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych uzgodnień dotyczących w szczególności wstępnych kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c. W przypadku gdy przedmiotem wniosku jest także pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń, Fundusz ustala średnie szacunkowe koszty tego transportu.
3. Prezes Funduszu może przesłać wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy konsultanta wojewódzkiego, w celu zaopiniowania.
4. Prezes Funduszu przesyła wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem do konsultanta wojewódzkiego, w przypadku gdy wnosi o to osoba składająca wniosek.
5. Konsultant wojewódzki przekazuje do Prezesa Funduszu, w terminie nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wniosek zaopiniowany w części IV wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem.
6. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, termin, o którym mowa w ust. 5, może zostać jednorazowo przedłużony, na wniosek konsultanta wojewódzkiego złożony przed upływem tego terminu, o 5 dni roboczych od dnia złożenia wniosku. Przepis § 5 ust. 8 stosuje się odpowiednio.
7. Przed wydaniem decyzji w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, Prezes Funduszu może zasięgnąć opinii konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych lub opinii innych osób wykonujących zawód medyczny, lub podmiotów leczniczych, posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych. Opinię przekazuje się Prezesowi Funduszu w terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o jej wydanie. Przepis ust. 6 zdanie pierwsze stosuje się odpowiednio.

8. Prezes Funduszu w terminie 5 dni roboczych od dnia odpowiednio:

- 1) otrzymania dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 4, lub
- 2) zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 2, lub
- 3) otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 5, lub
- 4) otrzymania opinii, o której mowa w ust. 7

- wydaje decyzję w sprawie skierowania osoby, której dotyczy wniosek, do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, albo odmowy tego skierowania.

9. Prezes Funduszu może wybrać inny niż wskazany we wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, jeżeli:

- 1) na podstawie dostępnej wiedzy i dotychczasowego doświadczenia stwierdzi, że podmiot ten gwarantuje lepszą jakość świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) koszt wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w przypadku jego udzielenia przez ten podmiot będzie znacznie niższy od kosztu udzielenia tego świadczenia przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, wskazany we wniosku.

10. Kopię decyzji w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, przekazuje się lekarzowi, o którym mowa w § 3 ust. 2.

**§ 7** W przypadku gdy leczenie lub badania diagnostyczne, których dotyczy decyzja w sprawie skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, mają być przeprowadzone w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, znajdującym się w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, z którym Fundusz może rozliczyć koszty leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie przepisów o koordynacji, Fundusz, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia otrzymania kopii decyzji Prezesa Funduszu, wypełnia i poświadcza odpowiednio zaświadczenie, o którym mowa w przepisach o koordynacji, oraz przekazuje je osobie składającej wniosek.

#### **§ 8**

1. Wzór wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 3, jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

2. Wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 3, składa się do Prezesa Funduszu, w przypadku:

- 1) gdy osobie, której dotyczy wniosek, została udzielona zgoda, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. b, lub
- 2) gdy osobie, której dotyczy wniosek, zostały udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) skierowania przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych.

3. Po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 3, w przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 lub 3, Prezes Funduszu niezwłocznie zwraca się do zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym przebywa osoba, której dotyczy wniosek, w celu uzyskania potwierdzenia, że stan zdrowia tej osoby wymaga zastosowania określonego środka transportu. W przypadku potwierdzenia konieczności zastosowania określonego środka transportu Fundusz ustala średnie szacunkowe koszty tego transportu.

4. Prezes Funduszu niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia otrzymania potwierdzenia, o którym mowa w ust. 3, wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu albo odmawia wydania zgody.

5. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 pkt 2, Prezes Funduszu niezwłocznie, po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 3, wraz z dokumentacją, o której mowa w art. 42i ust. 11 ustawy, dokonuje niezbędnych uzgodnień ze świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 42i ust. 9a ustawy.

6. Prezes Funduszu, nie później niż w terminie 3 dni od dnia zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 5, po dokonaniu oceny w zakresie spełnienia warunku określonego w art. 42i ust. 9 ustawy:

- 1) wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu, wskazując:
  - a) najtańszy środek transportu możliwy do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia świadczeniodawcy,
  - b) maksymalną kwotę wysokości kosztów transportu podlegających zwrotowi,
  - c) okres ważności zgody na pokrycie kosztów transportu wynoszący 30 dni od dnia wydania decyzji,
  - d) świadczeniodawcę posiadającego umowę z Funduszem, który przeprowadzi dalsze leczenie w kraju, albo
- 2) odmawia wydania zgody.

#### **§ 9**

1. Fundusz pokrywa koszty leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a uzyskanych w innym państwie niż państwo członkowskie UE lub EFTA, na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

2. Fundusz pokrywa koszty leczenia lub badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 1, na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy wnioskowane leczenie lub badania diagnostyczne zostały przeprowadzone w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE lub EFTA przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym Fundusz nie może rozliczyć kosztów leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie przepisów o koordynacji.

3. W przypadku gdy zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w ust. 1 i 2, uzależnia przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych od uprzedniego pokrycia w całości lub w części kosztów tych świadczeń, Fundusz może dokonać przedpłaty na pokrycie tych kosztów.

4. Kwota odpowiadająca wysokości kosztów podlegających zwrotowi jest przekazywana na rachunek wskazany przez:

- 1) zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Fundusz faktury lub rachunku, lub informacji o przedpłacie, o której mowa w ust. 3, lub
- 2) wnioskodawcę, w terminie 14 dni od dnia przedstawienia dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów leczenia lub badań diagnostycznych - w przypadku gdy wnioskodawca pokrył koszty leczenia lub badań diagnostycznych podlegające zwrotowi.

## **§ 10**

1. Fundusz pokrywa koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, na pokrycie kosztów którego została wydana zgoda, na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez podmiot wykonujący transport.

2. Kwota odpowiadająca wysokości kosztów podlegających zwrotowi jest przekazywana odpowiednio na rachunek podmiotu wykonującego transport albo innego podmiotu, który pokrył koszty transportu, w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Fundusz faktury lub rachunku, o których mowa w ust. 1.

**§ 11** Wnioski złożone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia podlegają rozpatrzeniu zgodnie z przepisami niniejszego rozporządzenia.

**§ 12** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.<sup>4)</sup>

**Załącznik 1. Wniosek do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o wydanie zgody na uzyskanie świadczenia**

**opieki zdrowotnej albo na kontynuację tego świadczenia poza granicami kraju, ze względu na zbyt długi czas**

**oczekiwania na udzielenie świadczenia w kraju, oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia**

**świadczeń (wzór).**  
(patrz oryginał)

**Załącznik 2. Wniosek do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o skierowanie do przeprowadzenia za granicą**

**leczenia lub badań diagnostycznych, należących do świadczeń gwarantowanych, których nie wykonuje się**

**aktualnie w kraju, oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń (wzór).**  
(patrz oryginał)

**Załącznik 3. Wniosek do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o wydanie zgody na pokrycie kosztów**

**transportu powrotnego do kraju (wzór).**  
(patrz oryginał)

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1470 i 1541).

2) Niniejsze rozporządzenie w zakresie swojej regulacji wdraża dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45 oraz Dz. Urz. UE L 353 z 28.12.2013, str. 8).

3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 97 i 159.

4) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. poz. 1551), które utraciło moc z dniem 1 marca 2021 r. zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493).